

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

897

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Leova STOLEAR

Né le 21 Janvier 1912 à Tighina (Roumanie)

**Contribution à l'Etude
de la Maladie de Koenig
de la Tête Fémorale**

(Ostéocondrite Disséquante de la Hanche)

Président : M. A. GOSSET, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine,

PARIS

—
1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554635_0071

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Leova STOLEAR

Né le 21 Janvier 1912 à Tighina (Roumanie)

**Contribution à l'Etude
de la Maladie de Koenig
de la Tête Fémorale**

(Ostéochondrite Disséquante de la Hanche)

Président : A. GOSSET, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTIN
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encé- phale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne . Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VANDESCAL Obstétrique.

**IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.**

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	E ducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

*En témoignage de mon profond
amour et de ma reconnaissance in-
finie pour leur grande bonté et
leur dévouement de tous les ins-
tants.*

*Ils m'ont toujours montré le chemin
du devoir et entouré de la plus
tendre affection.*

*C'est à eux que je dois toute ma for-
mation, c'est à eux que je dédie cet
ouvrage.*

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur A. GOSSET

Grand Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie des Sciences

*Hommage et profonde reconnais-
sance pour le très grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Docteur René SAUVAGE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a guidé efficacement
dans notre travail. Qu'il trouve ici
l'expression de notre profonde re-
connaissance pour son aide pré-
cieuse et son accueil toujours
bienveillant.*

A Monsieur le Docteur L. DAVID

Nous le remercions de sa bienveillance et le prions de trouver ici l'expression de notre gratitude.

A MES MAITRES

DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

Témoignage de profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

L'ostéochondrite disséquante a été individualisée, pour la première fois en 1888, par Kœnig, au niveau du genou ; elle a été ensuite identifiée au coude. Postérieurement à cette description, a été découverte et baptisée « ostéochondrite » de la hanche, une affection tout à fait différente qui touche non pas le revêtement de la tête fémorale, mais le centre de cette tête et qui n'a d'ailleurs aucun point clinique commun avec l'ostéochondrite disséquante.

Il y aurait donc avantage d'après P. Moulonguet, à dire maladie de Kœnig de la tête fémorale, puisque les orthopédistes ont vulgarisé et fait adop-

ter le terme d'ostéochondrite pour l'affection décrite par Calvé, Perthes et d'autres.

La localisation à la hanche de la maladie de Kœnig est exceptionnelle ; en effet, Filippi, dans une statistique faite à l'Institut Rizzoli, où il relate les cas d'ostéochondrite disséquante observés, n'en mentionne aucun avec localisation au niveau de la tête du fémur.

Don King, dans les vingt-quatre cas d'ostéochondrite disséquante qu'il a étudiés, n'a retenu aucune localisation au niveau de la tête fémorale.

Les travaux de ces auteurs ainsi que ceux des autres prouvent la rareté de l'ostéochondrite disséquante de la hanche.

En France, l'attention fut attirée sur elle un peu plus tardivement qu'à l'étranger et on peut dire que ce n'est qu'après la communication de P. Moulonguet en 1932, à la Société de Chirurgie, que des cas nouveaux et des travaux s'efforcèrent de préciser le point de vue clinique, étiologique et thérapeutique de cette si rare affection. Nous avons cherché dans les différentes publications tout ce qui a été publié sur ce sujet et nous avons trouvé seize observations en tout : une de Bergmann, trois de Francillon, une de Galdau, une de Gold, une de Haenisch, deux de Lange, deux de Lenormant, deux de Moulonguet, une de Mouchet, une de Ottolen-

ghi et une de Richards, dont la plus grande partie va être reproduite dans notre thèse. A ces observations, nous en ajouterons une nouvelle, celle d'un malade observé dans le service de chirurgie de l'hôpital Tenon par MM. Sauvage, David et Basch.

DEFINITION

On décrit sous le nom de la maladie de Koenig de la tête fémorale ou de l'ostéochondrite disséquante de la hanche, une affection caractérisée anatomiquement par la constitution et le détachement d'un séquestre aseptique superficiel aux dépens de la surface articulaire de la tête fémorale à son pôle supérieur près de la fossette du ligament rond.

Le séquestre est d'une épaisseur variable comprenant le cartilage et une mince couche osseuse ; il peut être mince comme un fort papier de verre, ou épais, surtout au centre, comme une pièce de monnaie.

Bien qu'il s'agisse d'un détachement du séquestre, il n'est pas suivi de migration intraarticulaire et de formation d'un corps étranger, comme au niveau du genou ou du coude. Le séquestre, même

libéré de toute attache fémorale, reste en place, maintenu dans sa géode, par le contact articulaire, et cette absence de migration du séquestre, liée à l'intimité du contact articulaire, donnera au tableau clinique une allure nettement différente de celle des autres localisations de l'ostéochondrite : coude, genou.

En ce qui concerne le siège d'élection des séquestres, dans presque toutes les observations, la desquamation cartilagineuse se fait au pôle supérieur de la tête ; il en est cependant où on la note plus étendue vers la partie interne et inférieure, ou même localisée à la zone interne (Obs. de Bergmann).

Les observations sont encore bien peu nombreuses ; aussi est-il peut-être prématuré de fixer aussi étroitement la zone de production des séquestres. De même, on a dit qu'était toujours respectée la zone d'insertion du ligament rond ; cela est vrai jusqu'à présent, mais rien à priori ne nous paraît s'opposer à une telle localisation et il est vraisemblable qu'on la verra notée dans les futures observations. Il s'agira alors presque certainement d'un séquestre très volumineux dont le sillon d'élimination circonscrira la zone d'insertion ligamentaire.

La division de la fovea capitis en deux zones, l'une osseuse, d'insertion, l'autre cartilagineuse, de

glissement, et la solution de continuité qui en résulte, fait peut-être qu'un sillon d'élimination qui rencontre cette ligne de rupture cartilagineuse la suit ensuite, circonscrivant et respectant l'insertion ligamentaire.

L'ostéochondrite disséquante est par conséquent une séquestration — non suivie de migration — de la surface articulaire de la tête fémorale, le plus souvent mais non toujours dans la région du pôle supérieur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La radiographie, les constatations opératoires, l'ont précisé. Malheureusement, l'existence, nous le verrons, d'une longue période de latence, fait que bien souvent l'affection n'est découverte que tardivement lorsque les lésions sont très avancées : la documentation est plus riche de lésions évoluées que de lésions naissantes.

Cependant, le contrôle systématique de la hanche opposée, la bilatéralité assez fréquente, la dissociation habituelle des stades évolutifs en cas de bilatéralité ont permis de reconstituer la filière.

Etudions-les d'abord dans l'ordre logique, c'est-à-dire de l'apparition des signes d'ostéochondrite disséquante jusqu'à la séparation du séquestre, pour ensuite revenir à la réalité clinique et montrer la découverte habituelle de l'affection à un stade avancé des lésions. Les lésions siègent le plus fréquemment, nous l'avons dit, dans la zone supérieure de la tête fémorale. Un fin tracé sur le cliché annonce la séquestration. A des stades plus avancés, le bâillement des zones osseuses s'affirme, pour arriver enfin à une phase d'isolement total.

C'est alors l'image d'une lamelle plus ou moins épaisse, plus ou moins étendue, séparée du reste de la tête fémorale par un large sillon double assez irrégulier : aucune cause d'erreur ne nous paraît alors possible.

Cliniquement, on a noté (constatations opératoires) que la séparation du séquestre se faisait plus rapidement dans la profondeur, au niveau de l'os, qu'à la superficie, au niveau du cartilage. Il est parfois difficile, après l'arthrotomie, de voir la zone séquestrée qui radiologiquement était évidente. C'est l'examen minutieux de la surface qui montre un fin tracé seulement.

D'autres fois, une mobilité à la pression en un point de la tête décèle la zone séquestrée sous un cartilage qui paraît intact. D'autres fois enfin, le

cartilage présente, sans qu'il y ait solution de continuité, un aspect fripé, un aspect « de peau macérée sous un pansement humide » (P. Moulonguet) qui désigne et délimite le séquestre.

Enfin, le séquestre est totalement libéré : un sillon plus ou moins large, plus ou moins régulier, apparaît dès l'arthrotomie. Le fragment est maintenu dans la cupule osseuse par le seul contact articulaire. La simple pesée d'un instrument l'énuclée.

Le séquestre est formé d'une écaille de cartilage doublée d'une lamelle d'os ; à sa face profonde, une assise de fibro-cartilage néoformé le sépare franchement du reste de la tête. La lamelle osseuse est constituée par un tissu nécrosé, mort, alors que le cartilage de revêtement et le fibro-cartilage de profondeur sont vivants. La taille de ces séquestres ? Elle est très variable, presque toujours assez importante. On a décrit d'un volume si considérable qu'ils ne laissent subsister intacte qu'une faible zone capitale.

Les lésions ne sont naturellement pas uniquement fémorales. Au niveau du cotyle, les lésions existent. La surface d'appui cotyloïdienne est crénelée et surtout repose sur une bande d'hyperostose (Moulonguet). Cette bande d'hyperostose ne nous paraît pas constante : elle manque en parti-

culier dans l'observation de R. Sauvage, G. Basch, L. David.

Telles sont les altérations anatomiques qui traduisent au niveau de la hanche la maladie de Koenig. Elles ne sont caractéristiques que tant que ne s'y ajoutent pas les lésions banales du rhumatisme chronique tant osseuses que synoviales et périarticulaires. Sur ces aspects, nous trouvons inutile de nous étendre, le tableau anatomique de l'arthrite chronique déformante prime à ce stade celui de l'ostéochondrite disséquante.

SYMPTOMATOLOGIE

Ce qui caractérise surtout l'ostéochondrite disséquante de la hanche, c'est le vague, la lenteur, l'insidiosité de la progression des symptômes. C'est une véritable phase de latence qui dure des mois, des années, qui n'attire qu'à titre tout à fait exceptionnel vers un diagnostic exact. Presque toujours, le malade ne s'inquiète pas, ne peut pas consulter. S'il venait, le médecin saurait-il toujours lui-même s'inquiéter ? Il faut, pour une hanche, avoir « la radiographie facile », comme le conseille Moulon-

guet que nous ne saurions trop approuver. L'histoire de ces longs mois, c'est une reconstitution d'interrogatoire.

On apprend alors l'apparition petit à petit de douleurs vagues, au niveau de la hanche et presque aussi fréquemment au niveau du genou, parfois même plus marquées au genou, ce qui fait que certains malades, pendant fort longtemps, ne se sont inquiétés que de leur genou. Cette gonalgie trompeuse est à rapprocher de celle qui peut marquer, surtout chez l'enfant, le début d'une coxalgie.

Au réveil, la hanche était douloureuse ; un peu de marche et cette gêne se dissipait, « hanche rouillée ». Disparue pour un temps plus ou moins long et progressivement plus court, la douleur réapparaissait en fin de journée, à la fatigue, à la marche.

Plus tard, les douleurs augmentent, obligeant parfois le sujet à se reposer au bout d'une heure, d'une demi-heure même de marche. La marche est longtemps normale, puis apparaît la lointaine conséquence de la douleur. Elle est d'abord passagère, fonctionnelle, due à la fatigue douloureuse ; plus tard, elle est dûe aux lésions articulaires, à l'arthrite, à la raideur de la hanche, en plus ou moins bonne position. Les mouvements de la hanche sont limités, surtout l'abduction, la rotation externe ou

interne, voire même l'extension. C'est généralement la flexion qui est la moins limitée. Il faut ajouter également l'atrophie musculaire de la région fessière et de la cuisse pour avoir un tableau exact de l'ostéochondrite disséquante de la hanche.

L'évolution est très lente, durant dix, quinze ans, aboutissant à l'arthrite déformante ; la hanche s'enraidit, peut même s'ankyloser, et le plus souvent en mauvaise position : adduction et rotation interne ou abduction et rotation externe. Le malade est obligé de marcher à petits pas avec deux cannes, d'autant plus que souvent l'affection est bilatérale.

FORMES CLINIQUES

Moulonguet décrivait, d'après les observations publiées avant sa communication, deux types : une forme ankylosante et une forme douloureuse. Comme presque toujours les formes intermédiaires existent, nous considérerons une troisième forme, la forme mixte.

La forme douloureuse. — (Les observations de Galdau, Gold, Lange I et II, Moulonguet II, et Valls y Ottolenghi).

Elle passe souvent inaperçue si l'on n'a pas la radiographie « facile ». Haenisch l'a découverte pour la première fois dans les conditions suivantes : il s'agissait d'un homme de trente ans qui était soigné par plusieurs médecins depuis trois ans pour des douleurs de la hanche gauche dans la marche et dans la station. Il n'avait pas obtenu de soulagement des traitements divers et des cures thermales qu'il avait suivies, lorsque Haenisch eut l'idée de refaire la radiographie de la hanche qui avait déjà été faite et qu'on n'avait sans doute pas su lire ; il y vit une ostéochondrite disséquante de la tête fémorale.

Les douleurs sont tantôt localisées dans le genou (Bergmann, Moulonguet, Obs. II), tantôt dans la hanche (Richards, Galdau).

La douleur est accrue par la marche ; un malade de Lange peut marcher une heure, mais pas davantage. Après le repos, qui ne calme pas toujours la douleur (Galdau), la hanche est « rouillée ». A l'examen de cette forme, on ne trouve qu'un peu d'atrophie musculaire de la cuisse et dans quelques cas une limitation très légère des mouvements, parfois uniquement de l'hyperextension (Gold, Moulonguet, Obs. I).

Forme ankylisante (Moulonguet, Obs. I). L'affection s'installe sans douleurs, le malade étant in-

quiet à cause de la limitation des mouvements. Dans l'observation de Moulonguet, l'ankylose était assez accentuée pour rendre la marche difficile, à petits pas, avec deux cannes. Il s'agissait d'une ankylose en bonne position ; seule la flexion avait conservé quelque amplitude.

Forme mixte. — (Les observations de Bergmann, de Mouchet, et celle de R. Sauvage, G. Basch et L. David).

OBSERVATIONS

Nous commencerons par la forme mixte, en décrivant d'abord l'histoire de notre malade ; nous reproduirons ensuite l'observation de Mouchet et de Bergmann de la même forme clinique ; nous passerons ensuite à la forme ankylosante et nous finirons, en citant les observations de la forme douloureuse.

FORME MIXTE

OBSERVATION N° 1

(R. Sauvage, L. David, G. Basch)

Maurice L..., 47 ans, mécanicien, vient consulter à l'hôpital Tenon, le 4 décembre 1937, pour douleurs de la hanche gauche et gêne considérable

à la marche. L'affection a débuté cliniquement de façon brusque, un an auparavant, par une douleur très vive de la cuisse, douleur d'apparition si brutale, que le malade nous dit avoir eu l'impression d'une fracture. En quelques heures s'atténua l'acuité de la douleur initiale, mais un fond douloureux persista sur lequel se détachaient souvent, dans une même journée, plusieurs crises plus violentes. Des troubles fonctionnels très importants s'installent et progressent : gêne de plus en plus marquée pour tous les mouvements de la hanche, douleur à la marche. Tous ces signes, douleurs et troubles fonctionnels, s'accroissent, surtout dans les derniers mois, pour amener le malade au stade misérable où nous le voyons. A ce moment, c'est un tableau typique d'arthrite chronique de la hanche dont l'examen clinique révèle tous les signes : la hanche gauche est à peu près bloquée ; tous les mouvements : flexion, abduction, adduction et rotation, sont tout juste ébauchables ; après une faible course, la hanche entraîne le bassin. Toutefois, l'ankylose n'est pas totale et l'élément douleur joue un rôle très important dans le blocage articulaire. Les mouvements, si restreints qu'ils soient, s'accompagnent de bruits de craquement. Pas d'adénopathie inguinale, amyotrophie très accentuée. Du côté droit, aucun symptôme inguinal, aucun symp-

tôte d'arthrite. Réaction de Vernes-résorcine : 30.
T.A. : 17-9.

Dans les antécédents, une typhoïde en 1914, gazé en 1918.

Radiographie : Image typique d'ostéochondrite disséquante. Toute la partie supérieure et externe de la tête fémorale gauche s'isole en un volumineux séquestre. Une encoche presque à la limite de la surface cartilagineuse marque en haut le départ d'un double trait qui limite et isole la zone séquestrée. Ce double trait décrit une courbe concave en haut et en dedans pour atteindre enfin la zone interne du contour un peu au-dessus, semble-t-il (ceci fut confirmé à l'intervention), de la zone d'insertion du ligament rond ; ainsi les trois quarts environ de la tête sont isolés en séquestre par cette zone, claire, large, à double contour. De multiples ostéophytes hérissent les surfaces articulaires fémorales. Le cotyle ne paraît pas indemne, surtout dans sa partie moyenne, c'est-à-dire en regard de la zone articulaire fémorale, la plus troublée par les néoformations. Dans l'ensemble, par comparaison avec le côté opposé, l'extrémité supérieure de l'os est un peu décalcifiée. Du côté droit, image d'une hanche parfaite.

OBSERVATION N° 2

(*Albert Mouchet*, Presse Médicale,
21 septembre 1935)

Il s'agit d'un homme de 48 ans, qui s'est présenté dans le service de M. A. Mouchet parce qu'il souffre de la hanche droite et parce qu'il boîte de plus en plus en marchant.

Il a heureusement une profession assez sédentaire et peu pénible qui, surtout, ne l'oblige pas à des marches prolongées. Il y a plus d'un an qu'il souffre de la hanche droite ; il avait 47 ans, il ne s'était jusqu'alors plaint d'aucune articulation. Il ne possède pas d'antécédents rhumatismaux héréditaires ou personnels.

En dehors de la rougeole et de la varicelle qu'il a eues dans l'enfance, il ne se souvient pas d'avoir jamais été malade. Il affirme n'avoir pas été atteint de la syphilis et il ne présente aucun stigmate. Il a eu seulement, il y a vingt-cinq ans, un écoulement uréthral qu'il a assez mal soigné, mais qui ne lui a laissé, affirme-t-il, aucun reliquat. Il y a là cependant une notion à retenir. C'est un homme bien musclé. Il ne peut pas préciser de façon absolue l'évolution de son affection. Il dit seulement que les douleurs ressenties par lui, d'abord assez vagues, étaient marquées à la fin de la journée, à la suite de

fatigue, et le matin au réveil, mais qu'alors elles disparaissaient par la marche.

Pendant plusieurs mois, la marche fut normale, mais dans la suite, M. P... se mit à boiter. Les douleurs ne restèrent pas localisées à la hanche, elles irradièrent au genou, à tel point qu'il se demandait si le genou n'était pas atteint autant et même plus que la hanche. Actuellement, douleurs et boiterie vont en augmentant et M. P..., que les diverses médications antirhumatismales de son médecin n'ont pas suffisamment amélioré, vient demander un diagnostic précis.

La hanche droite est en adduction, ce qui fait paraître le grand trochanter plus saillant. La marche s'accompagne de boiterie, la boiterie causée par une hanche enraidie. Les muscles de la fesse droite sont assez atrophiés, ceux de la cuisse droite aussi.

Les mouvements de la hanche droite sont limités : la flexion de la cuisse est à peu près normale, l'abduction est presque nulle, ainsi que la rotation en dehors. La rotation en dedans et la circumduction sont très limitées. L'examen du genou droit montre une liberté absolue des mouvements ; pas de liquide dans l'articulation, pas d'épaississement de la synoviale, pas de mobilité anormale.

La palpation de la tête fémorale réveille une douleur nette à sa partie supérieure ; on ne sent aucun épaississement osseux ou périosteux.

L'examen de la hanche gauche, dont le malade ne se plaint pas, révèle une notable limitation de l'abduction, une légère limitation de la rotation en dehors de la circumduction. On ne peut pas dire que cette hanche ait une mobilité normale et nous avons le droit de supposer qu'elle présente, à un degré atténué, les lésions dont la hanche droite est atteinte.

Quelles sont ces lésions ? M. A. Mouchet, sans attendre le résultat de la radiographie, pensait qu'il était en présence d'une arthrite sèche de la hanche et peut-être tout simplement d'un banal *morbus coxae senilis*, car cette variété d'arthrite n'est pas, malgré son nom, l'apanage de la vieillesse : elle débute souvent avant cinquante ans et le malade de M. Mouchet avait quarante-huit ans. La bilatéralité de l'arthrite était un argument de plus en faveur de cette hypothèse.

La radiographie des deux hanches devait donner la clé du diagnostic, ainsi que cela arrive si souvent, et si elle a montré l'intégrité du squelette de la hanche gauche, elle a révélé une image bien typique d'ostéochondrite disséquante de la hanche droite.

Au pôle supérieur de la tête fémorale, on voit une large lame osseuse, séparée du reste de l'os par un sillon demi-circulaire.

On dirait que cette lame — dont la structure est moins dense que le reste de l'os — s'est effondrée dans une niche sous-jacente. A cause de l'affaissement de son pôle supérieur, la tête fémorale tout entière est légèrement remontée dans la cavité cotyloïde. Dans sa partie inférieure et aussi dans la partie sous-jacente au toit, cette cavité est nettement décalcifiée. Une pareille image radiographique ne peut donner aucune hésitation ; elle doit être interprétée comme un exemple d'ostéochondrite disséquante de la hanche.

OBSERVATION N° 3

(*Ernest Bergmann* - *Deutsche Zeitschrift für chir.*)

Il s'agit d'un jeune homme âgé de vingt-quatre ans, qui a toujours été en bonne santé. Depuis deux mois (déc. 1928), il ressent une douleur au niveau du genou gauche. Il ne se souvient pas d'avoir eu un traumatisme quelconque. Cette douleur augmente progressivement d'intensité en même temps qu'apparaît une autre douleur au niveau de la hanche gauche. Son médecin l'a traité sans succès par des massages et par la diathermie.

En février 1929, il entre dans notre clinique. On est en présence d'un tableau clinique d'une coxal-

gie gauche au début. Le membre inférieur gauche est en contracture, flexion, adduction et rotation externe. L'articulation coxo-fémorale ne permet que de très légers mouvements actifs. La mobilisation du membre inférieur gauche est très douloureuse. Enfin, la marche du sujet est très gênée et entraîne une claudication très marquée.

Nous avons fait pratiquer une radiographie stéréoscopique de la hanche gauche, qui nous a montré un corps étranger articulaire libre de la grosseur d'un noyau de prune, siégeant au niveau du cadran antéro-inférieur de la tête fémorale.

L'interligne articulaire n'était pas modifié et il n'existait pas de trace d'arthrite déformante.

Opération. — A l'intervention, on trouve un corps étranger articulaire complètement libre, de la grosseur d'un noyau de pêche. Ce corps étranger provient de la région de la *fovea capitis* et on y voit adhérer encore quelques fragments du ligament rond.

Anatomie pathologique. — Image bien connue de la nécrose osseuse aseptique, décrite déjà au genou et coude. Le revêtement cartilagineux encore nourri est vivant. L'os au contraire est nécrosé.

Suites opératoires. — Huit mois après l'intervention, le malade pouvait disposer d'une articulation parfaite.

FORME ANKYLOSANTE

OBSERVATION N° 4

(*Moulonguet*

Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., n° 31, 1932.)

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, très maigre, atteint d'enraidissement extrême des deux hanches, installé progressivement depuis deux ans à gauche, depuis un an à droite.

Le diagnostic ne fut naturellement révélé que par la radiographie, et encore dans ce cas la lésion est loin d'être évidente ; c'est, à mon avis, ce qui fait sa valeur d'enseignement. Les fragments articulaires, détachés par clivage, très minces, presque exclusivement cartilagineux, ne se distinguent pas au premier coup d'œil et c'est grâce à l'obligeance de notre collègue Darbois, radiographe à l'hôpital Tenon, que j'ai pu, sur les radiographies faites sous diverses incidences, démontrer l'existence d'une ostéochondrite disséquante.

Le diagnostic a été vérifié par les interventions que j'ai faites successivement sur la hanche gauche, puis sur la droite. J'ai pelé les têtes fémorales, enlevant le couvercle de ces vastes phlyctènes qui les recouvraient sur le tiers ou la moitié de leur sur-

face. Les têtes fémorales étaient, après ces interventions, recouvertes sur leur seul pourtour, par un revêtement cartilagineux normal ; au centre, et notamment au bord de la *fovea capitis*, l'os était recouvert d'une couche cicatricielle assez dense et ne saignant pas.

Les suites de ces interventions ont été surveillées ; il a été fait plusieurs mobilisations sous anesthésie. Actuellement, après deux ans et demi, le résultat est bon, à droite, où la radiographie montre d'ailleurs une réparation anatomique assez correcte ; mauvais à gauche, où s'est développée une arthrite déformante avec tendance de la tête hors du cotyle et mise en adduction du membre.

FORME DOULOUREUSE

OBSERVATION N° 5

(*P. Moulonguet*

Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., n° 31, 1932.)

M. P..., âgé de vingt-sept ans, cultivateur, m'est adressé par le docteur Delavenne, de Saint-Gobain. Il souffre du genou gauche depuis six ans et a subi pour cela divers traitements infructueux. Dela-

venne fait radiographier la hanche et découvre la lésion ; elle est en effet tout à fait typique.

La symptomatologie est uniquement douloureuse, mais les douleurs sont très vives : elles ont entraîné une altération de l'état général. Le matin, le jeune homme se sent comme rouillé, il peine pour travailler tout le jour et le soir il souffre davantage.

Les douleurs entraînent une légère boiterie, mais il n'y a aucune ankylose de la hanche, et à l'examen on ne décèle qu'une légère limitation de l'hyperextension.

La hanche droite est normale à la radio. A l'opération (mai 1931), je trouve un gros fragment ostéo-cartilagineux encore réuni à la tête par le cartilage intact. Une fois ce fragment enlevé, il reste une tête très déformée à laquelle manque son tiers supérieur.

Les suites sont d'abord excellentes. Le malade se lève au bout de trois semaines, puis les progrès se ralentissent malgré les massages et les séances de mobilisation, dirigées par M. Bramlatte ; la flexion surtout est très limitée. En septembre, je mobilise la hanche sous anesthésie. Actuellement, après sept mois, le résultat est satisfaisant : l'opéré vient de faire les semailles d'automne lui-même. Dès à présent, il ne souffre plus.

OBSERVATION N° 6

(*M. Lange*

Zeitschrift f. orthop. chir., 28 mars 1929.)

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans qui présente des douleurs, de plus en plus intenses, au niveau de la hanche gauche. Ces douleurs apparaissent au bout d'une heure de marche. Le malade ne parle pas de traumatisme. Les têtes fémorales sont en place et les trochanters ne présentent pas de modification de leurs rapports anatomiques. La cuisse gauche est sensiblement atrophiée.

Les mouvements passifs sont les suivants : abduction 165° , hyperextension 180° , flexion libre, rotation externe 20° .

Il n'existe pas de raccourcissement du membre, mais on constate à la marche un certain degré de claudication.

La radiographie, du côté gauche, montre au niveau du cadran latéro-supérieur de la tête fémorale, un corps étranger cunéiforme. L'interligne articulaire est normal et on ne constate rien de suspect par ailleurs dans l'articulation. Ce malade a été traité par un plâtre de marche. Après quatre

mois de séjour dans notre service, il part, pouvant marcher sans douleurs et sans appareil.

En juin 1928, soit huit ans plus tard, le malade est revu. Il ne présente plus de douleurs, cependant il évite les marches prolongées et les sports. La hanche droite est toujours indolore.

L'examen fonctionnel des membres inférieurs donne les résultats suivants : abduction à gauche 160° , à droite 185° ; hyperextension à gauche, libre, à droite 180° ; flexion à gauche 70° , à droite 90° ; rotation interne à gauche 30° , à droite 30° .

Il n'existe pas de claudication. On fait pratiquer de nouvelles radiographies des deux hanches. Du côté gauche, on reconnaît le fragment cunéiforme que l'on voyait sur la première radiographie, mais il semble avoir adhéré à sa matrice. Il n'existe plus, à son niveau, de travées osseuses. La zone de condensation au voisinage de la matrice a augmenté. La tête fémorale s'est aplatie et on constate des lésions importantes d'arthrite sèche.

Du côté droit, il existe, au même niveau qu'à gauche, un fragment cunéiforme avec travées osseuses effacées et zone de condensation au pourtour de la matrice. Cette lésion nouvelle est découverte huit ans après celle du côté opposé.

OBSERVATION N° 8

(D. Gal dau, Journal de Rad. et Electroth., n° 31)

Un jeune homme, T. A..., vingt-six ans, entre au mois de juin 1927 dans le service de chirurgie du professeur Pop, avec des douleurs dans l'articulation coxo-fémorale gauche. Ces douleurs dateraient de quatre ans ; elles auraient commencé petit à petit, sans aucun traumatisme, sans frisson ni fièvre.

Dans la première année, les douleurs n'ont pas été trop intenses, mais dans les trois dernières elles seraient devenues insupportables surtout à l'occasion du travail. Pendant la nuit, elles seraient moins vives. A un moment donné, les douleurs auraient atteint un tel degré que le malade a dû garder le lit pendant plusieurs semaines.

Le malade attribue ses douleurs au rude travail qu'il doit accomplir dans une exploitation de bois. A l'examen clinique, nous trouvons les mouvements actifs et passifs de l'articulation coxo-fémorale intéressée libres, quoique douloureux.

Le grand trochanter et l'os iliaque ne sont pas douloureux à la percussion. La longueur du membre inférieur gauche est la même que du côté droit. Il n'y a pas d'atrophie des muscles de ce membre. A la marche, le malade boite légèrement. Pas de fièvre. B. W. négatif.

En soupçonnant une coxite spécifique, le chirurgien envoie le malade dans un service de radiologie pour un examen radiologique. La radiographie montre : la tête fémorale présente une solution de continuité qui délimite un fragment elliptique occupant son pôle supérieur.

La ligne de démarcation est sinueuse et paraît intéresser toute la substance osseuse.

Pas d'autre altération dans le reste de l'articulation et dans l'articulation coxo-fémorale contralatérale.

Notre diagnostic est : ostéochondrite disséquante de la hanche gauche.

Etant donné la rareté de l'affection et le fait que le malade est membre de l'Association Sociale, donc qu'il a intérêt à exagérer ses plaintes, M. le professeur Pop se décide pour le traitement conservateur, extension et appareil plâtré pendant six semaines. Ce traitement soulage les douleurs du malade, de manière qu'il quitte l'hôpital sans plus accuser de douleurs. Après cinq semaines, il y revient en accusant les mêmes douleurs qu'auparavant.

Une nouvelle radiographie nous montre le même aspect de l'articulation malade.

M. Pop, pensant que le malade est un simulateur, simule de son côté une opération qui consiste dans une incision superficielle. Pendant son séjour

à l'hôpital, le malade se sent mieux, mais peu de temps après sa sortie, il vient de nouveau nous chercher dans notre laboratoire, accusant les douleurs anciennes. Une nouvelle radiographie nous montre que l'état de l'articulation est resté le même. Quoiqu'il n'y ait pas eu de vérification opératoire, nous croyons que notre diagnostic d'ostéochondrite disséquante est sûr. Le malade a refusé l'opération.

OBSERVATION N° 9

(Lenormant, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, tome 58)

Il s'agit d'un sujet de trente-six ans, opéré par Leibovici, qui est entré dans le service de M. le Professeur Lenormant, pour arthrite chronique de la hanche gauche. Sur la radiographie, on distingue des lésions classiques de l'arthrite déformante, mais en même temps un aspect spécial de la partie supérieure de la tête fémorale, faisant penser à un séquestre.

A l'opération, on trouve en effet un séquestre.

OBSERVATION N° 10

(Lenormant, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, tome 58)

Il s'agit d'un sujet âgé de cinquante ans, qui entre dans le service de M. le Professeur Lenormant

pour arthrite chronique de la hanche droite. Cliniquement, il existe une ankylose presque complète de la hanche droite, en extension et adduction.

A la radio, on note, à côté des lésions typiques d'une arthrite déformante : ostéophytes, disparition partielle de la fente articulaire ; on note sur la tête fémorale l'image particulière d'un séquestre.

L'opération, d'ailleurs, a confirmé la radio. On a trouvé un séquestre ostéo-cartilagineux aplati, enchâssé dans l'os, mais décollé profondément comme une sorte de phlyctène.

*
**

Les observations IX et X réalisent le stade avancé de l'ostéochondrite disséquante.

*
**

Ces quelques observations nous montrent les trois aspects que l'on peut décrire à la maladie de Koenig au niveau de la hanche.

Il faut préciser que peu à peu leurs caractères vont s'estomper, s'unifier, pour aboutir dans tous les cas au bout d'un temps plus ou moins long au tableau banal de l'arthrite déformante (Obs. 9 et 10).

Telle est la lente évolution de l'octéochondrite disséquante en trois phases.

— La première, presque toujours discrète, qu'il est bien rare qu'on en ait l'histoire par l'interrogatoire, et que l'on peut nommer une véritable période de latence.

— La deuxième où les tableaux assez typiques s'individualisent.

— La troisième enfin où tout est noyé dans les signes de l'arthrite chronique déformante.

RADIOGRAPHIE

Elle reflète ces trois étapes classiques. Il ne faut pas hésiter à la faire pratiquer précocement devant toute gêne, toute douleur coxo-fémorale, si discrète soit-elle. Il faut des radiographies des deux hanches et sous plusieurs incidences. Au début (et ce sont surtout les images comparatives qui donnent ces renseignements, d'où la règle de faire radiographier toujours les deux hanches) un fin tracé annonce la séquestration, et c'est tout ; plus tard — presque toujours cliniquement — on observe l'image typique plus ou moins étendue d'un séquestre fémoral « en pièce de monnaie antique », cernée par un trait à double contour.

Une zone de l'ombre capitale est isolée du reste de la tête par un double trait plus ou moins large. Très souvent, il y a un véritable bâillement entre la zone nécrosée et le reliquat de la tête fémorale ; sur le pourtour cartilagineux, une double échancrure marque la zone interfragmentaire. D'autres fois, la séquestration est nettement établie par l'existence du sillon à double contour, mais l'écart des fragments est nul encore.

Le séquestre apparaît comme de structure moins dense que le reste de l'os. L'étendue du séquestre varie d'un cas à un autre. Ici, véritable desquamation ; là, disque de la grosseur d'une lentille ; d'autres fois, séquestres bien plus considérables allant jusqu'à réaliser de telles lésions qu'elles équivalent à une véritable amputation.

Nous verrons plus loin comment la conduite du traitement sera influencée par ces diversités de lésions. Lorsque ces lésions sont importantes, séquestre large ; il existe parfois un certain degré d'ascension de la tête.

Au niveau du cotyle, les lésions sont à peu près constantes. Ce sont des lésions secondaires de contact anormal : elles siègent uniquement en regard de la zone séquestrée ou en tout cas prédominent à ce niveau : aspect dentelé, crénelé du sourcil.

Cette zone apparaît, à Moulonguet, comme le plus souvent soutenue par une base d'hyperostose.

Notons que c'est un aspect fréquent, mais non constant.

Plus tardivement, aux lésions de l'ostéochondrite disséquante, s'assoient les images de l'arthrite chronique déformante de la hanche.

A ce stade, le séquestre est difficilement reconnaissable, noyé en quelque sorte dans les désordres anatomiques de l'arthrite chronique qui s'est développée : ostéophytes, refoulement en dehors de la tête fémorale, déformation de cette dernière.

DIAGNOSTIC

Il est deux stades de l'affection où il peut se poser, le tout début et la période terminale.

Au tout début, lorsque le malade s'est inquiété très tôt, mais c'est bien exceptionnel, il faut faire pratiquer des radiographies des deux hanches et sous diverses incidences, et c'est alors qu'on pourra avoir la chance d'une image affirmative. D'autres fois, rien encore de radiologique ; il faudra attendre, répéter les examens pour arriver au diagnostic. A la période ultime, devant un tableau indiscutable d'arthrite chronique déformante coxo-fémorale, il sera parfois difficile d'affirmer l'étiologie ostéo-chondritique devant une image des lésions importantes à caractère estompé. Quant à la période, que l'on pourrait appeler d'état, si ce mot

n'était pas là plus qu'ailleurs encore bien artificiel. elle est d'un diagnostic facile.

Cliniquement, on pose le diagnostic d'arthrite chronique ; par la radiologie, on en lit la variété.

Citons quelques affections à écarter :

a) *La coxalgie* ;

b) *La maladie de Calvé, Perthes, Legg ou coxa plana ou ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse supérieure du fémur.*

Mais l'ostéochondrite disséquante atteint plus souvent des hommes presque toujours entre seize et trente-deux ans.

Elle survient après l'achèvement de la croissance, tandis que la maladie de Legg-Calvé-Perthes est une affection de l'enfance, de cinq à treize ans.

Dans la maladie de Legg-Perthes, la tête fémorale est en forme de calotte, de palette : le noyau épiphysaire est fragmenté, divisé en deux ou trois noyaux, et plus, d'inégal volume, avec des zones claires, comme décalcifiées, au milieu de zones sombres ; ce dernier signe est caractéristique.

Le col fémoral tacheté, tigré, court, trapu, finissant par s'incliner en coxa-vara.

L'affection a une tendance vers la guérison en un an, dix-huit mois, deux ans au plus, pouvant laisser quelques séquelles anatomiques, tête défor-

mée, aplatie en champignon, col trapu en coxavara, articulation hérissée d'aspérités. On la traite par immobilisation, l'extension continue ou un plâtre.

c) *Osselets cotyloïdiens surnuméraires* (Mauclairé, Mouchet, Raederer).

Mais ils font partie du cotyle et l'image fémorale est intacte, éliminant de cette façon l'ostéochondrite disséquante de la hanche.

d) *Morbus coxae senilis*, avec son processus de prolifération périphérique.

Nous voyons donc l'importance de la radiographie dans l'ostéochondrite disséquante qui, seule, précise le diagnostic..

ETIOLOGIE

Ce chapitre, à l'heure actuelle, est entièrement à remplir.

De multiples théories ont été envisagées, mais aucune, à l'heure actuelle, n'apparaît comme satisfaisante.

a) *Théorie traumatique* (Barth, Burckardt, Kappis, Fisher).

Barth croyait au traumatisme, mais cette notion manque dans presque tous les cas. (Dans l'observation de Richards, il existe un cas évident de traumatisme).

Tout au plus pourrait-on incriminer les traumatismes répétés, les micro-traumatismes d'ordre professionnel, par exemple chez les cultivateurs dont le nombre est grand dans les observations et qui sont exposés à une marche pénible sur un sol inégal, irrégulier.

b) *Une malformation congénitale ou acquise de la tête ou du cotyle.*

Il se peut que des déformations antérieures de la tête fémorale, soit d'ordre congénital, soit acquises au cours de la croissance, facilitent par une mauvaise adaptation de la tête dans le cotyle une altération particulière de l'épiphyse fémorale, aboutissant à une nécrose aseptique localisée.

c) *La tuberculose.*

Elle ne paraît pas pouvoir être incriminée. Nous savons avec quelle fréquence elle cause des arthrites sèches mono ou polyarticulaires, mais ni les examens histologiques, ni les inoculations de pièces d'ostéochondrite disséquante ne sont en faveur de cette origine.

d) *La syphilis.*

Etant donné qu'il se produit un infarctus épiphysaire avec production de séquestre, on peut envisager cette hypothèse.

On peut se demander si la syphilis avec les lésions artérielles qu'elle détermine d'une façon si élective ne peut pas être mise en cause.

Galdau rapporte une ostéochondrite disséquante du genou chez un tabétique, et Lecène deux cas analogues au genou, l'un chez un hérédo-syphilitique probable, l'autre chez un tabétique.

e) Certains (Lehmann, de Hanovre, Kahn, de Breslau), font de l'ostéochondrite une maladie constitutionnelle chez des sujets qui ont une hyperexcitabilité particulière du système vasomoteur capable de déterminer par son déclenchement une nécrose osseuse sous-chondrale.

f) *La blennorragie.*

A. Mouchet envisage l'hypothèse d'une infection gonococcique susceptible de produire une infection ostéo-articulaire qui se traduirait par la production d'une nécrose épiphysaire sous-chondrale.

g) *Théorie inflammatoire (Koenig).*

Pour cet auteur, la formation d'un séquestre ostéo-cartilagineux par un processus de nécrose aseptique est due à une réaction inflammatoire.

h) Certains auteurs allemands ont beaucoup insisté sur les altérations de grandes articulations dans les états de dysendocrisies graves.

Sous le nom d'ostéochondropathie cretinoïde, Von Seemen a rapporté de telles altérations sur la tête fémorale. C'est à une dysplasie ovarienne que Looser, Sellheim, ont rapporté d'autres cas.

Moulonguet pense qu'il ne faut pas considérer ces différents cas cités par les auteurs allemands comme de véritables ostéochondrites disséquantes.

Dans cette littérature allemande, il y a encore trop de confusion avec l'ostéochondrite juvénile de Calvé-Legg-Perthes, ou avec des malformations diverses, notamment dans les articles de Kehl. Kreuz. Freund, etc...

TRAITEMENT

C'est à l'heure actuelle un traitement presque toujours des heures tardives. Les lésions sont, lorsqu'on les décèle et qu'on les attaque, très accentuées, et cette extension influe évidemment sur la qualité des résultats. En attirant l'attention sur les stades de début, en recherchant s'ils prêtent à une

thérapeutique chirurgicale curative, je crois qu'on peut faire œuvre utile, écrit Moulonguet ; c'est viser à la prophylaxie de certaines arthrites chroniques déformantes de la hanche.

Le traitement est uniquement chirurgical, mais deux méthodes s'affrontent.

Les uns se contentent d'enlever le séquestre ; les autres, estimant qu'une suppression plus large est nécessaire pour acquérir une guérison certaine, préconisent la résection capitale.

a) *Ablation du fragment par arthrotomie.*

On pratique une arthrotomie de la hanche, soit par l'incision verticale de Hueter, soit par l'incision de Smith-Petersen qui donne plus de jour. Arrivé sur l'articulation, on incise la capsule et le ligament de Bertin ; on luxe la tête fémorale par une forte rotation externe, la cuisse étant en extension.

Bergmann ne paraît pas avoir luxé la tête, mais son fragment était interne ; il l'a abordé par une incision longitudinale le long des gros vaisseaux.

On coupe le ligament rond, on détache le fragment de la tête fémorale, comme « le couvercle d'une boîte de conserves », suivant l'ingénieuse comparaison de Moulonguet ; on curette la perte de substance fémorale de façon à avoir une surface articulaire aussi lisse et régulière que possible et on réintègre la tête dans le cotyle.

Après quoi, on suture la capsule, puis les plans superficiels.

Un grand plâtre pelvi-cruro-jambier immobilise la hanche pendant deux ou trois semaines. Massage, physiothérapie, reprise progressive de la marche.

On pourrait craindre que la simple extraction du séquestre par arthrotomie, en laissant une tête fémorale déformée, ne prédisposât ultérieurement l'opéré à une arthrite déformante, et certains chirurgiens se sont demandé si une arthroplastie, en modelant cette tête, ne serait pas une opération préférable.

La perte de la substance produite par l'arthrotomie se comble et se rétrécit progressivement. On a pu suivre cette « cicatrisation osseuse » sur les radiographies successives ; d'autre part, les opérés n'avaient pas présenté, à la suite de l'opération, des signes d'arthrite déformante. Les douleurs ont cessé, la marche est devenue facile et les mouvements ont repris une amplitude quasi-normale.

b) *Résection étendue de la tête.* — Opération de Whitmann.

La voie externe est préférable. La section temporaire du grand trochanter donne une large vue sur le col. Résection.

Appui du moignon cervical dans la cavité cotyloïde.

Fixation du trochanter.

Plâtre pelvi-cruro-jambier pendant quatre à cinq semaines.

Pendant ce temps d'immobilisation, bien surveiller radiologiquement la hanche : la cuisse a tendance à se mettre en adduction et à ascensionner. Refaire immédiatement le plâtre pour corriger ces inflexions secondaires. Là encore, mobilisation précoce. Reprise de la marche vers le cinquantième jour.

Il nous semble qu'il ne faut pas être partisan exclusif de l'une ou de l'autre technique, mais bien plutôt adapter sa technique au cas particulier considéré et la logique conduit à l'ablation simple du fragment dans la séquestration peu étendue, à la résection au contraire dans les lésions massives.

Rappelons le cas particulier de lésions étendues mais superficielles, telles celles décrites dans une de ses observations par Moulonguet et où son intervention consista en épluchage de la tête fémorale.

Certains préconisent l'interposition de lames aponévrotiques lors de la réintégration capitale (Lenormant).

La plupart considèrent cette pratique comme non indispensable.

Telles sont les données thérapeutiques. Qu'en peut-on attendre ? Les cas sont encore peu nombreux et pour la plupart trop récents pour qu'une réponse inattaquable soit possible. Presque toujours, les résultats sont très bons. Amélioration très nette. Reprise de la marche sans douleur, mais du recul nous manque.

D'autres fois, les résultats sont moins satisfaisants et là doit être invoqué le rôle des lésions associées. Jusqu'à présent, en effet, les cas opérés l'ont été presque toujours tardivement. L'arthrite chronique s'associe à l'ostéochondrite disséquante. D'un diagnostic et d'une intervention plus précoces, dépend la qualité des résultats futurs excellents des interventions pour l'ostéochondrite disséquante pure.

CONCLUSIONS

1° L'ostéochondrite disséquante de la hanche ou la maladie de Koenig de la tête du fémur est une affection rare, dont le diagnostic précis est fait par la radiographie.

2° L'évolution se fait schématiquement en trois phases : période de latence, où le diagnostic est des plus difficiles ; période d'état où les tableaux assez typiques se précisent et la troisième enfin, où tout est confondu dans l'arthrite chronique déformante.

3° L'étiologie, malgré la richesse des hypothèses envisagées, est à l'heure actuelle, inconnue.

4° Le diagnostic est surtout à faire avec la maladie de Calvé-Legg-Perthes, du fait que longtemps les orthopédistes ont confondu les deux affections.

5° Le traitement est uniquement chirurgical et fait précocement, il donne de meilleurs résultats.

Vu le Doyen :

TIFFENEAU

Vu le Président :

GOSSET

Vu et permis d'imprimer,

Le recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

E. Bergmann. — Osteoch. dissec. der Hüftgelenkes. (Deuts. Zeit. für chir., tome 217.)

F. Christmann et F. d'Amelio. — Osteoch. dissec. de Koenig. (Rev. Orthop. y trauma., avril 1933.)

François Françon. — L'ostéoch. disséquante de la hanche. (Revue du rhumatisme, nov. 1935.)

Francillon. — Recherches ischiométriques dans l'ostéo. disséquante de la hanche. (Zeitsch. f. Orthop. chir., 30 sept. 1932, t. 57.)

Galdau D. — Ostéoch. disséquante (Journal de radiol. et électro. 1931, p. 567.)

E. Gold. — Über der Workommen und der klinische Bild der dissezierendem Ostéo. am Hüptg. Deutsche Zeitsch. f. chir. 1930, tome 225.)

Gunsett, Sichel et Lewin. — Quelques cas d'ostéo. disséquante de la hanche. (Bull. et Mém. de la Soc. de Radiol. Méd. de France, oct. 1935.)

Haenisch. — Zentrabl. f. chir. 1925, p. 999.

Lange. — Ostéoch. disséquante de la hanche bilatérale. (Zeitsch. f. orthop. chir., 28 mars 1929, t. 51.)

Lenormant. — (Bull. et Mém. Soc. Nat. de chir., t. 58.)

R. Magnin. — L'ostéoch. disséquante de la hanche. (Thèse Paris 1931.)

A. Mouchet. — Ostéoch. disséquante de la hanche (maladie de Koenig). (Presse Méd., 21 septembre 1935.)

P. Moulonguet. — Ostéoch. disséquante de la hanche (maladie de Koenig de la tête fémorale) (Bull. et Mém. Soc. Nat. chir., n° 31, 1932.)

P. Moulonguet. — L'évolution post-opératoire d'une ostéo. disséquante de la hanche. (Soc. Nat. de chir., n° 9, 1934.)

J. Valls et C. Ottolenghi. — Ostéoch. disséquante de la hanche. (Revue orthop. y traumat., avril 1933.)

